UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1951-1952 N° 97

L'ASSURANCE LONGUE MALADIE

CONSIDÉRATIONS ET CRITIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

soutenue publiquement le Vendredi 18 Juilllet 1952

par

PIERRE DUFRANC

né à LA BRÈDE (Gironde) le 21 Janvier 1922

Jury

MM.	DERVILLÉE, professeur ...	*Président*
	De GRAILLY, professeur .	*Juges*
	L'ÉPÉE, agrégé	
	LENG-LÉVY, agrégé ...	

BORDEAUX
IMPRIMERIE CASTET
5, Rue Castillon, 5
1952

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1951-1952 N° 97

L'ASSURANCE LONGUE MALADIE

CONSIDÉRATIONS ET CRITIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

soutenue publiquement le Vendredi 18 Juilllet 1952

par

PIERRE DUFRANC

né à LA BRÈDE (Gironde) le 21 Janvier 1922

Jury

MM. DERVILLÉE, professeur ... *Président*

De GRAILLY, professeur . } *Juges*

L'ÉPÉE, agrégé ..... } *Juges*

LENG-LÉVY, agrégé .... } *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE CASTET

5, Rue Castillon, 5

1952

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR :** M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL MACHEBŒUF, CRUCHET, DUPERIE, CHELLE

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	N. CREYX	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale	PAPIN MASSE	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N...
Clinique d'accouchements	RIVIERE	Clinique des maladies infectieuses	AUBERTIN
Clinique gynécologique	MAGENDIE	Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Anatomie pathologique et microscopique clinique	DE GRAILLY	Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Anatomie	N...	Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Anatomie générale et histologie	MAYER	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD	Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE	Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Chimie	MESNARD	Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Matière médicale	GOLSE	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Pharmacie	VITTE	Botanique et cryptogamie	GIRARD
Physiologie	FABRE	Thérapeutique	BROUSTET
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN		
Zoologie et parasitologie	SIGALAS		
Médecine expérimentale	N...		

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie), BLANQUET (Physique pharmaceutique)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.		MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL	Pharmacie (1re section)	R. GOLSE
Physiologie	Mlle ROUGIER	Pharmacie (2e section)	MASQUELIER
Bactériologie	MOUSTARDIER	Pharmacie (3e section)	CAZAUX

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Médecine générale	SARIC DUBARRY F.-J. TRAISSAC BERGOUIGNAN LENG-LEVY	Ophtalmologie	BESSIERE
		Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
		Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
		Histologie	N...
Chirurgie générale	POUYANNE LAUMONIER CHAVANNAZ	Pédiatrie et puériculture	VERGER
		Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Chimie biologique	N...	Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Obstétrique	MAHON CHASTRUSSE	Odonto-stomatologie	MARONNEAUD
		Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	DUFOUR	Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Accouchements	CHASTRUSSE	Chimie biologique	NEUZIL
Puériculture	VERGER	Pathologie chirurgicale	LAUMONIER VILLAR
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI COUSTOU	Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Anatomie	RIGAUD	Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX
Chimie minérale	BABIN	Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Cryptogamie	LAUBIE		
Pharmacie galénique	MESNARD		

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MEIS ET AMICIS...

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENG-LÉVY

Médecin des Hôpitaux.

Chevalier de la Légion d'Honneur. - Croix de guerre.

Officier de l'Ordre de la Libération.

King's Medal for Courage in the cause of Freedom.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L'ÉPÉE

Professeur agrégé de Médecine légale
et de Médecine du Travail.

Assistant de Dermatologie-Vénérologie des Hôpitaux.

Officier d'Académie.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE GRAILLY

Professeur d'Anatomie pathologique et microscopie clinique.

Médecin des Hôpitaux.

Membre correspondant de la Société Médicale
des Hôpitaux de Paris.

Médecin de la Fondation Bergonié (Centre anticancéreux).

Officier de l'Instruction Publique.

Croix des Services Militaires Volontaires.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DERVILLÉE

Professeur de Médecine légale et de Médecine du Travail.

Membre de la Commission Internationale Permanente pour la médecine du travail.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Officier d'Instruction Publique.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536508_0007

CHAPITRE PREMIER

EXPOSE DE L'ASSURANCE SUR LA LONGUE MALADIE

I. - Prestations.

Ce qui caractérise d'abord l'Assurance Longue Maladie est l'importance des prestations auxquelles elle donne droit.

Absence du ticket modérateur. L'Assurance Longue Maladie procure à son bénéficiaire la couverture intégrale des frais de toute nature « *nécessaires pour permettre au malade de guérir et de recouvrer sa capacité de gain* ». (Art. 38, Ord. 10 octobre 1945.) Est prévue en outre, lorsque l'assuré lui-même est atteint, une allocation mensuelle. Cette allocation est égale à la moitié du salaire mensuel de l'assuré. Elle est portée aux deux tiers lorsque l'assuré a trois enfants à charge ou plus. Elle est révisible dans le cas où interviendrait une augmentation de salaire. Mais il appartient à l'assuré lui-même de faire valoir ses droits à une telle augmentation. (Art. 35, Ord. 10 octobre 1945, modifié par la loi du 23 septembre 1948.)

Durée : Normalement, les prestations de l'Assurance Longue Maladie sont prévues pour une durée de trois ans

« *à partir de la première constatation médicale de la maladie* ».

L'article 37 de l'Ordonnance du 10 octobre 1945 a été modifié par la loi du 31 décembre 1949. Cette loi admet une prolongation de la Longue Maladie au delà de trois ans « *lorsque la continuation des soins est susceptible de permettre le maintien du sujet dans un état de santé compatible avec une activité professionnelle* ». Cette prolongation n'est donc applicable qu'au seul Assuré social, à l'exception des membres de sa famille.

De plus, la possibilité de rechutes est admise : l'interruption des soins et la reprise du travail durant deux ans ouvre des droits à une nouvelle période de longue maladie de trois ans. (Article 38, 10 octobre 1945.) Ce délai de deux ans « *de guérison apparente ou de fin de l'état de longue maladie* » a même été ramené à un an par la loi du 31 décembre 1949.

On notera l'apparition du concept de « *guérison apparente* », laquelle équivaut à une guérison constatée par le Médecin-Conseil. L'optique de celui-ci diffère ici de celle du médecin-praticien. Pourront être considérés comme guéris des sujets présentant des risques de rechutes à plus ou moins longue échéance. Est considéré comme guéri aux termes de la loi, celui qui reprend le cours de son travail et suspend tout traitement médical.

En résumé, la particularité des prestations de l'Assurance Longue Maladie réside dans la suppression du ticket modérateur et l'attribution d'une importante rente, variable suivant la catégorie du sujet atteint.

II. - **Bénéficiaires.**

Quels sont les bénéficiaire de l'Assurance Longue Maladie ?

Il importe de savoir d'abord que le bénéfice de la loi n'est attribué, d'une manière générale, qu'en fonction de

la position sociale du sujet atteint et « *compte tenu de tous les renseignements recueillis sur la situation personnelle du malade* », Art. 35, Ord. 10 octobre 1945.

L'automaticité ne joue donc pas comme pour l'Assurance Maladie. C'est là une des caractéristiques essentielles de la loi.

Dans la mesure où l'on tiendra compte de cela, l'assuré et ses ayants droit peuvent bénéficier de l'Assurance Longue Maladie. Art. 41, Ord. du 25 octobre 1945.

Comme ayants droit, on entend conjoint, enfants ou ascendants à charge de l'assuré.

Cependant, sont exclus du bénéfice de la loi le conjoint exploitant agricole dont le revenu est supérieur au tiers du salaire minimum qui sert de base aux Allocations Familiales.

Par contre, le bénéfice de la loi s'étend aux grands invalides de guerre, aux veuves de guerre, aux orphelins de guerre. Loi du 29 juillet 1950.

III. - **Ouverture des droits.**

Comment l'assuré sera-t-il admis à faire valoir ses droits à l'Assurance Longue Maladie ? C'est le problème de l'ouverture des droits.

La loi a prévu à la base un examen médical, Art. 33, Ord. 19 octobre 1945.

« *Tout assuré ou membre de la famille de l'assuré doit, sur la demande ou sur l'invitation de la Caisse, avant l'expiration du troisième mois de maladie, faire l'objet d'un examen spécial* » ; le Règlement d'Administration Publique du 29 décembre 1945 a rendu cette pratique *obligatoire*. Art. 37. « *Si aucune demande n'a été faite par l'assuré, la Caisse Primaire de Sécurité Sociale doit, avant la fin du troisième mois de maladie, inviter le Médecin-Conseil des Assurances Sociales à prendre toutes dispositions utiles en vue de procéder à cet examen.* » Donc automaticité

prévue par le législateur pour l'ouverture des droits à l'Assurance Longue Maladie. On peut se demander s'il en est ainsi dans la pratique ? Nous nous proposons de le discuter dans la seconde partie.

Cet examen spécial sera pratiqué par un spécialiste compétent pour les affections graves, tuberculeuses notamment. Art. 31, 19 octobre 1945; Art. 11, R.A.P. 29 décembre 1945. La voie de recours prévue en cas de désaccord entre les parties, caisse et assuré ou son représentant, sera « *un expert désigné par le Médecin traitant et le Médecin-Conseil, ou, à défaut, par le Directeur Régional de la Santé.* » « *L'avis technique de l'expert ne peut faire l'objet d'aucun recours.* »

Le non-respect des décisions prises ou le refus de se laisser examiner entraînera « *tant qu'il durera* » la suppression des prestations; Art. 39. R.A.P. 29 décembre 1945.

Si l'examen n'est pas pratiqué en fait dans la période des trois mois de maladie, ainsi que nous le ferons remarquer ultérieurement, il devra être pratiqué avant le treizième règlement.

On sait en effet que l'Assurance Maladie ne couvre plus les risques de maladie au delà de six mois.

On notera que s'il est des maladies entraînant la mise en Assurance Longue Maladie dès leur constatation médicale, plus nombreuses sont les affections où il est préférable d'attendre une période plus longue pour prendre une décision.

La décision prise à l'issue de l'examen spécial est soumise à l'approbation du Conseil d'Administration des Caisses de Sécurité Sociale ou à un Comité auquel le Conseil d'Administration de la Caisse a délégué ses pouvoirs. Art. 38. R.A.P. 29 décembre 1945.

Ce Comité comprend trois Administrateurs au moins. Il est tenu de se réunir au moins deux fois par mois. Art. 39. R.A.P. 29 décembre 1945.

« *Ce Comité ou Conseil d'Administration doit statuer*

au vu des conclusions du médecin indiquant les prestations dont l'assuré a besoin, sans avoir à faire mention du diagnostic. » (Circulaire ministérielle.)

On peut se demander comment il est possible de concilier la règle du secret professionnel avec l'étude approfondie des cas de mise en Longue Maladie. N'est-ce pas en effet une gageure de décrire soigneusement une maladie sans en dévoiler le diagnostic, surtout lorsque les données cliniques sont complétées d'une enquête sociale détaillée ? Pour pallier cet écueil, plusieurs dispositions ont été prises : d'abord substitution du nom de l'assuré par son matricule. Ensuite l'assistante sociale consignera les résultats de son enquête sur un carnet à souche. Ainsi l'anonymat est respecté, le diagnostic peut être donné, ce qui éclairera les membres du Comité et facilitera leur décision.

Outre les conditions médicales, l'assuré devra remplir certaines conditions administratives : il devra être immatriculé depuis un an au moins au début du trimestre civil et justifiera d'un minimum de 240 heures de travail dans l'année, dont 60 heures dans les trois mois précédant la « *première constatation médicale* ».

La loi prévoit enfin certains cas particuliers qu'il convient de signaler.

Chômage : L'ouvrier représente, vis-à-vis de la société, un potentiel travail. Il n'est pas libre de se refuser aux exigences de cette société sous peine de se voir retirer les garanties que lui offre celle-ci. D'où obligation de se faire inscrire au Service Départemental de la Main-d'Œuvre, de répondre à ses convocations, d'accepter les emplois offerts. L'ouvrier n'est plus tenu de cotiser à la Sécurité Sociale, sauf si la rémunération pour « *travaux de secours* » est supérieure à l'indemnité de chômage.

Enfin, des arrêtés spéciaux ont adapté la loi aux assurés cotisant sur vignettes, aux voyageurs et représentants de commerce, aux travailleurs à domicile, aux femmes de

ménage, aux concierges et aux nourrices (qui leur sont assimilées !...), aux travailleurs saisonniers...

Nous noterons qu'actuellement, le rôle du Comité est des plus réduits, les cas particuliers étant examinés par les Directeurs des Caisses, après avis médical des Médecins-Conseils. Le Comité se bornera à approuver.

En résumé, l'ouverture des droits à l'Assurance Longue Maladie prévoit les conclusions favorables d'un examen médical et l'approbation d'un Comité, indiquant par là combien cette assurance est individualisée et non systématique.

IV. - **Contrôle Médical.**

On a déjà saisi toute l'importance que prend le contrôle médical si l'on considère qu'à la base de toute mise en Longue Maladie se trouvent les conclusions favorables d'un examen médical initial.

Mais, il n'est peut-être pas inutile d'essayer d'établir selon quel critère s'établit ce contrôle.

Pour cela, il apparaît nécessaire d'établir les limites de la « *Longue Maladie* » telle que la définissent les textes législatifs et circulaires les complétant.

Dans une circulaire du 15 décembre 1946, le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale précise :

« 1° *Le bénéficiaire de l'Assurance Longue Maladie ne doit pas nécessairement être atteint d'une affection interrompant son travail. Mais cette affection doit se prolonger au delà de six mois.*

« 2° *Elle est toujours susceptible d'entrainer des conséquences graves pour la santé des travailleurs ou réduire d'une façon importante sa capacité de travail.*

« 3° *De plus, on doit espérer que cette affection est curable et que son traitement amènera une amélioration telle que le sujet ne puisse être considéré comme un invalide au terme de la loi.* »

On sait qu'est considéré comme invalide le travailleur ayant perdu les deux tiers ou plus de sa capacité de travail à titre définitif.

L'Assurance Longue Maladie se situe donc à mi-chemin entre l'Assurance Maladie et l'Assurance Invalidité.

Dans l'exposé des motifs de l'Ordonnance du 19 octobre 1945, par la création de l'Assurance Longue Maladie, le législateur se proposait « *de lutter contre les grands fléaux sociaux* ».

L'auteur de la circulaire ministérielle du 15 février 1946 s'inspirant, comme il le dit lui-même, non seulement « *de considérations médicales, mais aussi de considérations sociales et humanitaires* », a donc singulièrement étendu le champ d'application de l'Assurance Longue Maladie.

Il n'est plus question d'établir une liste limitative des affections donnant droit aux prestations Longue Maladie. Initialement tuberculose, syphilis, cancer, diabète. Maintenant, à la lecture des statistiques, on se rendra compte que la syphilis tient désormais une place plus modeste que le rhumatisme, qui, par sa fréquence et la perte des heures de travail qu'il cause, constitue chez l'homme un véritable fléau social.

Il n'y a donc plus de « *maladies-types* », mais seulement des « *malades* » dont la situation individuelle justifie leur admission au régime de longue maladie.

Cette latitude laissée aux Médecins-Conseils nous permet d'entrevoir la délicatesse de leur tâche, et souvent la difficulté extrême de celle-ci.

C'est pourquoi, semble-t-il, le législateur a prévu que l'examen initial de « *mise en Longue Maladie* devrait *être un colloque entre le Médecin traitant et le Médecin-Conseil* », afin d'établir un diagnostic et d'instituer un « *traitement spécial* », Art. 33, Ordonnance du 19 octobre 1945. Mais « *les médecins doivent joindre leurs efforts dans l'intérêt du malade, le Médecin-Conseil ne doit en aucun cas se substituer, pour le diagnostic et le traitement, au Méde-*

cin traitant. Celui-ci reste seul responsable vis-àvis du malade, qui l'a librement choisi et dont il a charge entière », Circulaire minist. n° 33. Sec. Soc., février 1946. La circulaire qui précise cela vient en compléter une autre (circulaire ministérielle n° 27, Sec. Soc., fév. 1946) où il est spécifié que le rôle du Médecin-Conseil « *n'est pas de soigner, mais de fournir, d'une part, à la Caisse les garanties indispensables de l'engagement de dépenses souvent élevées, et de donner d'autre part à l'assuré malade les garanties qu'il peut bénéficier des meilleurs moyens techniques existants.* »

En résumé, ce qui caractérise le rôle spécial que joue le Médecin-Conseil dans le fonctionnement de l'Assurance Longue Maladie est, d'une part, la part prépondérante qu'il prend pour l'attribution de l'Assurance Longue Maladie et, d'autre part, son droit de regard sur le traitement. Art. 33, Ordonnance du 15 octobre 1945.

CHAPITRE II

CRITIQUE DE L'ASSURANCE LONGUE MALADIE

I. - Avantages apportés par l'Assurance Longue Maladie.

La création de l'Assurance Longue Maladie a marqué un progrès certain de la législation sociale. Elle réparait une lacune choquante des Assurances Sociales, qui ne prévoyaient pas d'indemnisation au delà de six mois de maladie, la forclusion ou l'invalidité étant alors les seules solutions possibles. La loi sur l'Assurance Longue Maladie répond d'ailleurs pleinement à l'orientation générale de la législation de Sécurité Sociale qui, comme son nom l'indique, n'est plus seulement une assurance, mais une *sécurité*.

Sécurité, l'Assurance Longue Maladie l'apporte grâce aux moyens puissants qu'elle met au service des malades sans restriction aucune, l'absence du ticket modérateur permettant la mise en œuvre des traitements les plus onéreux — et Dieu sait si la thérapeutique moderne en comporte — et l'attribution d'une rente donne aux malades le moyen d'attendre leur guérison.

Une circulaire ministérielle (S.S. n° 33 1946) souligne les « *facultés que le nouveau régime apporte au médecin en lui permettant de faire bénéficier ses clients, pendant une période pouvant atteindre trois ans, sans être arrêté par des considérations matérielles, de tous les moyens les plus modernes de diagnostic et de traitements* ».

Nous nous efforcerons donc de montrer que, dans certains cas, l'Assurance Longue Maladie permet aux médecins de détecter avec plus de certitude les maladies, ensuite de les combattre avec plus d'efficacité.

Dans un second point, nous montrerons enfin que sur le plan social, l'Assurance Longue Maladie se révèle comme un moyen de lutte précieux contre certains fléaux sociaux, syphilis, tuberculose, par exemple.

Les moyens d'investigation de la médecine moderne sont nombreux, et plus la médecine évoluera, plus elle se fera exigeante, réclamera un bilan complet de l'individu malade.

On a parlé de « *Centres de diagnostic* » qui permettront cette revue générale de l'homme malade. Pour l'instant, l'Assurance Longue Maladie est une solution qui permettra de faire le tour de notre malade. Cette pratique d'examens multiples éclairera souvent un diagnostic hésitant et aiguillera d'une manière précise le traitement.

Dans le questionnaire qu'il aura à remplir pour un cas de mise en Longue Maladie, on réclame du médecin traitant un diagnostic précis. Cependant, il est des cas où, en cours d'évolution d'une « *Longue Maladie* », certains diagnostics se verront parfois redressés.

Tel malade bénéficie de la mise en longue maladie pour des troubles digestifs à l'origine desquels se trouve un *dolicholon*. Celui-ci masque en réalité un néoplasme digestif mis en évidence par des contrôles radiologiques successifs. La mise en Longue Maladie a permis un diagnostic précis.

L'Assurance Longue Maladie permet, en outre, d'entre-

prendre des traitements impossibles sans elle, car ils seraient trop onéreux : A.C.T.H., cortisone, pour ne citer que les plus coûteux.

Et cette seule perspective suffira à rendre confiance à ceux que le mal frappe durement : les malades savent que l'on peut tout demander à la médecine actuelle. Et si cette merveilleuse confiance dans les possibilités de la thérapeutique moderne constitue souvent un lourd handicap pour le praticien, il est cependant réconfortant pour un médecin de penser qu'il pourra *tout* mettre en œuvre pour guérir son patient.

Pour bien comprendre tous les avantages qu'offre l'Assurance Longue Maladie, transportons-nous dans le domaine concret. Considérons une maladie dont on connaît la gravité et qui nécessite la mise en œuvre d'une thérapeutique importante, la pleurésie séro-fibrineuse. Dès que le diagnostic a été établi, le praticien met son malade au repos pour une longue période, institue un traitement à la streptomycine ou P.A.S. Une surveillance radiologique et bacilloscopique permettra enfin de contrôler la bonne marche de la maladie. Tout cela ne comporte aucun frais. Il en sera de même pour un malade atteint d'ulcère à l'estomac par exemple, et, en règle générale, de toute affection de longue durée, mais dont on peut espérer une « *guérison apparente* ».

Il est permis de dire qu'à l'heure actuelle quiconque n'est pas assuré social ne pourra plus qu'à grand frais se soigner avec toutes les garanties données par la science moderne.

On se soigne donc mieux, car plus énergiquement, plus rapidement, Cette notion de précocité pour la mise en œuvre des soins mérite d'être soulignée. Elle est en grande partie le fait de la Sécurité Sociale. La médecine s'efforce de plus en plus d'être préventive, et, souvent, elle obtient des résultats inespérés.

A ce titre, l'Assurance Longue Maladie se présente en

outre comme un facteur de premier ordre dans la lutte contre les fléaux sociaux, syphilis et tuberculose notamment.

Partout où le réseau des dispensaires n'est pas particulièrement développée, dans les campagnes surtout, la mise en longue maladie reste le seul moyen de soigner une syphilis par exemple. La syphilis est une maladie à évolution lente; les malades ne voient pas les dangers qu'elle fait encourir à l'organisme, car ceux-ci ne sont pas immédiats. Le patient ne consent donc à se soigner qu'avec mauvaise grâce. Seule la gratuité des soins l'y encouragera.

De même pour une tuberculose à son début. Qu'est-ce qu'une petite hémoptysie ? Le médecin s'évertuera en vain à faire entrevoir la possibilité d'évolutions parfois redoutables. La gratuité des soins pourra seule aider à convaincre.

On notera enfin quel merveilleux instrument l'Assurance Longue Maladie serait si on respectait l'esprit de la loi. Nous déplorons en effet que la pratique de l'examen systématique prévu au troisième mois de maladie tel que le définissait le R.A.P., 29 décembre 1945, ne soit pas entrée dans le domaine des faits.

On notera enfin que l'Assurance Longue Maladie offre aux travailleurs atteints la possibilité de se réadapter à leur nouvel état : l'article 39 de l'ordonnance du 10 octobre 1945 a prévu en effet une allocation mensuelle « *si l'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé* ».

C'est-à-dire que, durant une certaine période, l'assuré ne sera pas obligé de travailler à temps plein, l'allocation complétant son gain.

Cette mesure aura pour effet de récupérer des travailleurs en voie de consolidation.

L'Assurance Longue Maladie se présente donc là encore

comme un facteur de lutte précieux contre les grands fléaux sociaux.

II. - **Difficultés d'applications.**

Après avoir essayé de mettre en évidence les avantages apportés par la loi sur la Longue Maladie, nous nous efforcerons d'établir les critiques qu'à la lumière de ses premières années d'application, cette loi est susceptible d'encourir.

1° **Augmentation du nombre des admissions.**

L'absence de doctrine en ce qui concerne la Longue Maladie, nous la constatons d'abord en considérant l'augmentation sans cesse croissante de la courbe des admissions, donc des dépenses engendrées par le système. Cette augmentation n'est pas parallèle à celle de l'Assurance Maladie par exemple. Dans un rapport remis par le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale au Président de la République, dont nous trouvons la publication à l' « *Officiel* » du 1er juillet 1951, nous pouvons lire :

« *Les dépenses de l'Assurance Longue Maladie ont marqué une progression importante depuis* 1947, *le nombre des bénéficiaires augmentant sans cesse normalement au cours des premières années de fonctionnement de l'Assurance. Elles dépassent le coefficient* 10... »

Et plus loin :

« *Le nombre des bénéficiaires de l'Assurance Longue Maladie, qui ne fonctionne que depuis le* 1er *janvier* 1946, *a continué de s'accroître au cours de l'année* 1950. *Il est indiqué ci-après au dernier jour de chaque trimestre :*

31 décembre 1949	295.888
31 mars 1950	310.306
30 juin 1950	331.245
30 septembre 1950	356.617
31 décembre 1950	373.464 »

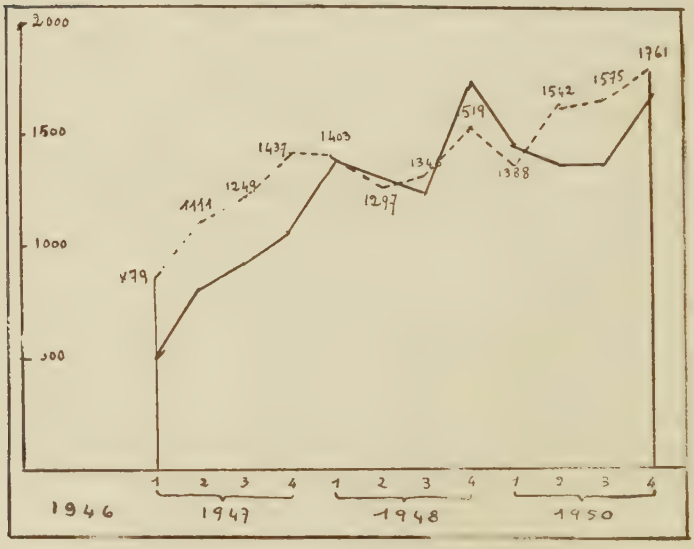
Cette augmentation répond-t-elle au fait que la Sécurité Sociale est étendue à des catégories de la nation qu'elle n'atteignait pas ? Nullement, si nous considérons les courbes d'admission *par rapport* au nombre d'assurés. Voir courbe ci-jointe.

En résumé, l'Assurance Longue Maladie marque une progression constante qui ne paraît pas répondre à une aggravation de l'état sanitaire en France.

Volume des admissions en Longue Maladie.

Année	Région de Bordeaux	France
1947	290.000	6.900.000
1948	300.000	7.200.000
1949	300.000	7.200.000

Courbe d'admissions par rapport au nombre d'assurés.



Courbes de croissance
du volume des assurés en Longue Maladie au 31 décembre.

Au 31-XII	Gironde	Dordogne	Landes	Lot-Garon.	B. P. (Bayonne)	B. P. - Pau
1946	616	117	22	87	110	58
1947	2.275	354	426	296	375	501
1948	5 314	582	782	654	694	956
1949	7.788	727	992	925	887	1.291

DEPENSES DES CAISSES PRIMAIRES
DE SECURITE SOCIALE (en millions de francs)
Régime général - Assurance Longue Maladie

	Frais médicaux	Frais chirurgicaux	Frais Pharmaceutiques	Soins dentaires	Hospitalisation et A. M. G.	Allocations mensuelles	TOTAL
Année 1949	717	458	1.043	13	7.493	5.117	(1) 14.841 (2) 14.854
Moyenne mensuelle . .	60	38	87	1	624	427	(1) 1.237 (2) 1.238
Année 1950	986	660	1.775	15	10.922	6.644	21.002
Moyenne mensuelle . .	82	55	148	1	910	554	1.750

(1) Nom compris les dépenses diverses.
(2) Y compris les dépenses diverses.

2° Manque de doctrine précise.

La deuxième considération qui vient à l'esprit lorsqu'on consulte les fiches de Longue Maladie est la diversité d'affections que nous y trouvons. La nomenclature prévoit cinquante causes d'indemnisation, la liste débutant par la tuberculose pulmonaire et se clôurant par les empoisonne-

ments, accidents. Donc, toutes les affections peuvent donner droit, en principe, à la mise en Longue Maladie, sous réserve de remplir certaines conditions.

Dans la statistique nationale de 1949, reproduction ci-jointe, nous verrons en effet qu'à part la tuberculose, qui constitue le grand pourvoyeur (35 %), la syphilis et le cancer tiennent une place modeste. L'importance d'une affection ne se jugera donc pas en fonction de la gravité, mais de sa fréquence et de sa durée.

Ceci dit, peut-on dégager une doctrine précise de la Longue Maladie ? Sur quels critères se baser pour décider une mise en Longue Maladie ?

Syphilis	2,60 %	
Tuberculose : primo	7,09 %	
» pulmonaire	22,86 %	
» extra-pulmonaire	3,49 %	
» disséminée évolutive	0,49 %	Tuberculose 35 %
Séquelles tuberculeuses pulmonaires	0,98 %	
Séquelles tuberculeuses pulmonaires	0,45 %	
Cancer	4,24 %	
Rhumatisme chronique	3,17 %	
Nutrition endocrine	4,35 %	
Affections neurologiques	3,41 %	
Affections mentales névrosées	4,10 %	
Cœur	3,76 %	
Vaisseaux	3,91 %	
Affections respiratoires	5,14 %	
Affections gastriques	4,11 %	
Appareil génital féminin	4,11 %	
Os, Organes mouvement	3,07 %	

Statistique nationale 1949.

Les textes législatifs restent en effet dans le vague, ainsi que nous avons pu le constater dans la première partie. Il a fallu des notes explicatives qui se multiplieront au fur et à mesure que la loi se trouvera en face de cas précis, qui soulèveront toujours de nouveaux problèmes : il s'agit non point de maladies... mais de malades.

Nous nous proposons de montrer comment a évolué la doctrine de la Longue Maladie, évolution qui se traduit, ainsi que nous venons de le souligner, par une augmentation sensible du nombre des admissions.

Dans l'exposé des motifs de l'Ordonnance du 19 octobre 1945, nous lisons :

« *L'une des réformes essentielles réalisées par l'Ordonnance est l'institution d'une Assurance de la Longue Maladie. L'on sait que sous les régimes en vigueur jusqu'à présent, les assurés ne pouvaient pas obtenir de prestation de l'Assurance Maladie, sauf exception, que pendant six mois, après lesquels ils devaient passer sous le régime de l'Assurance Invalidité, laquelle ne s'appliquait qu'aux assurés atteints d'une incapacité de travail au moins des deux tiers. Ce régime ne permettait pas de venir en aide d'une manière efficace aux assurés atteints de maladies de longue durée, et en particulier de tuberculose pulmonaire. Elle ne permettait donc de pourvoir que d'une manière très insuffisante à la lutte contre les grands fléaux sociaux...* »

Tuberculose pulmonaire, affections de longue durée, lutte contre les grands fléaux sociaux, voilà qui manque singulièrement de précision.

Le R.A.P. du 29 décembre 1945 ne donne pas d'explications complémentaires. C'est pour combler cette lacune et s'efforcer d'établir une doctrine plus précise que le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale, dans la circulaire n° 27 S.S. 1946, écrit au Directeur de la Sécurité Sociale :

« *Une doctrine est donc indispensable; elle doit s'ap-*

puyer non seulement sur des considérations médicales, mais aussi sur des considérations sociales et humanitaires.

« *C'est dans cet esprit que sont conçues les directives suivantes, qui ont pour but de guider les Médecins-Conseils dans l'application de la législation.*

« 1° *Pour que puisse être accordé le bénéfice de la Longue Maladie, il n'est pas nécessaire que le malade se trouve dans l'obligation d'interrompre son travail;*

« 2° *Il est nécessaire qu'il s'agisse d'une affection dont la durée paraît devoir se prolonger au delà de la période de six mois pendant laquelle le sujet a droit aux prestations de l'Assurance Maladie; mais il n'est pas indispensable d'attendre l'expiration du délai de six mois pour que l'intéressé bénéficie des prestations de l'Assurance Longue Maladie;*

« 3° *Le sujet doit être atteint d'une affection susceptible d'entraîner des conséquences graves pour sa santé ou de réduire d'une façon importante sa capacité de travail. L'assurance contre la Longue Maladie ne doit pas en effet être considérée comme une simple extension de l'Assurance Maladie. Elle ne doit pas permettre la prise en charge systématique de toutes les affections non guéries à l'expiration de celle-ci;*

« 4° *Pour que puissent être accordées les prestations de l'Assurance Longue Maladie, il est nécessaire que celui qui est appelé à en bénéficier présente une affection dont on peut espérer, par un traitement approprié, soit la guérison, soit une amélioration telle que le sujet ne puisse être considéré comme un invalide aux termes de la loi, soit le maintien, grâce au traitement, dans un état de santé compatible avec la poursuite du travail.* »

Nous sortons donc du cadre initialement fixé par le législateur : toute affection est susceptible de déclencher une mise en Longue Maladie. Il ne s'agit plus seulement de grands fléaux sociaux, mais de toute maladie se prolongeant au delà des six mois prévus par la loi.

L'arrêt de travail n'est même plus nécessaire. Nous verrons que l'absence du ticket modérateur et la rente mensuelle qui caractérisent l'Assurance Longue Maladie auront souvent une influence néfaste sur l'évolution même de l'affection.

La porte est en effet ouverte aux abus.

La lecture d'une statistique les mettra en évidence, le rhumatisme banal, les femmes ménopausiques, les psychopathies mal définies, tiendront la place d'honneur.

Cette interprétation un peu trop large de la loi a d'ailleurs déjà provoqué une réaction. Nous n'en voudrons pour preuve que les « *instructions d'ordre pratique sur la Longue Maladie* » adressées par le Cabinet du Médecin Régional de Bordeaux le 14 février 1951. Nous pouvons lire entre autres choses :

« *Dans un rapport du 3 juin 1950, M. le Contrôleur général Picard écrivait à ce sujet :*

« *L'aggravation des dépenses de l'Assurance Longue* « *Maladie est sans aucun doute due avant tout à un adou-* « *cissement pratiqué des conditions d'admission, la Lon-* « *gue Maladie étant considérée en fait comme une prolon-* « *gation des soins au delà de la période des six mois.* »

« *La règle de récupérabilité ne doit pas, en effet, constituer le seul critère d'admission à ce régime, ce qui entraînerait une situation paradoxale en ce sens que les petites maladies bénéficieraient du régime de la Longue Maladie, alors que les grands malades s'en trouveraient écartés...*

« *Il est indispensable de respecter les interdictions découlant des deux premières conditions que nous avons énumérées plus haut (à savoir : durée supérieure à six mois, conséquence grave pour la santé).* »

Il rappelle ensuite la circulaire ministérielle qui déclare : « *Ne peuvent bénéficier de l'Assurance Longue Maladie :*

« 1° *Les sujets atteints de troubles le plus souvent fonctionnels, ne laissant pas prévoir d'aggravations susceptibles d'entraîner une diminution notable de leur activité sociale.*

ménopause naturelle, petites insuffisances hépatiques, troubles dyspeptiques simples, neuro-végétatifs.

« 2° *Les sujets dont l'état est consolidé.* »

Il est encore trop tôt pour juger de l'effet de telles conception. Il n'en demeure pas moins que de telles variations reflètent un manque de clarté des textes législatifs.

Cette imprécision même s'attache d'ailleurs à certains termes qu'il est malaisé de définir.

Dans l'article 37 de l'Ordonnance du 10 octobre 1945, nous lisons :

« *Les prestations prévues à l'article* 35 *sont attribuées pour une durée fixée par la Caisse Primaire et qui peut être prolongée par des décisions ultérieures jusqu'à la fin de la troisième année de maladie suivant la première constation médicale.* »

Qu'entend le législateur par première constation médicale ?

« *Première constation médicale de la maladie ou bien premier acte médical concernant cette maladie depuis l'immatriculation de l'assuré ?* »

« *L'expression « première constation médicale » ne vise pas en fait le début réel de la maladie, ni même le moment où un médecin est intervenu, mais le moment où un médecin remplit une feuille de maladie en vue d'un remboursement par un organisme de Sécurité Social.*

« *Il apparaît en effet que la conception générale de la Sécurité Sociale n'est pas d'appliquer des principes qui peuvent se justifier dans le cadre d'une assurance privée, mais de participer à une amélioration de santé en général et de faire en sorte que les cotisations des bien portants servent aux mal portants.*

« *En matière de Sécurité Sociale, il s'agit d'une assurance obligatoire qui immatricule certains groupes d'individus non pas en fonction de leur état de santé, mais des conditions de rétribution où ils se trouvent quant à leur profession.* »

Même difficulté pour définir la notion de « *guérison apparente* ». L'article 38 de l'ordonnance du 10 octobre 1945, modifié par la loi du 31 décembre 1945, spécifie :

« *Lorsque le service des prestations prévues au présent chapitre est interrompu pendant plus d'un an, l'assuré ou l'ayant-droit peut, sous réserve que soient remplies les conditions d'attribution prévues à l'article* 80, *bénéficier de ces prestations pendant un nouveau délai de trois ans, s'il a fait constater au moment de la date d'interruption, la guérison apparente, où à la fin de l'état de maladie, et s'il en avise la Caisse dans les huit jours.* »

Mais qu'est-ce que la guérison apparente d'un état morbide dont on sait que le malade ne peut guérir ? Le diabète, par exemple, est un cas de mise en congé-maladie : peut-on parler de guérison apparente ? Aux termes de la loi, la chose est possible si pendant une certaine période, l'assuré n'a plus recours aux prestations. De même, le cardiaque ayant une lésion bien caractérisée, cependant bien compensée, qui se passe de soins médicaux. Guérison apparente : terme commode que l'on ne doit cependant pas prendre à la lettre. D'ailleurs, dans certains cas, « *peut-on véritablement parler de « guérison apparente » d'un état morbide qui n'a pas été constaté, parce qu'il se situe avant l'immatriculation ?* »

Dans sa réponse au Conseiller technique, le Directeur général de la F.N.O.S.S. introduit à ce sujet la notion de « *fait nouveaux* ».

« *Le principe général, écrit-il, qui doit être retenu pour l'application des Assurances sociales est que cette législation ne couvre pas les risques survenus antérieurement à l'assujettissement de l'intéressé aux Assurances sociales...*

« *J'estime cependant que dans le cas où un fait nouveau, du point de vue médical, s'est produit postérieurement à l'entrée dans l'assurance, ce fait nouveau permet de considérer l'affection, qui a elle-même débuté antérieurement à l'immatriculation comme ayant le caractère d'une*

affection nouvelle, susceptible de donner lieu à l'attribution de prestations... »

On notera bien que cette interprétation de la loi marque le point de vue personnel du Directeur de la F.N.O.S.S., mais que la loi, dans son concept général, restait pourtant imprégnée des principes qui sont à la base des Assurances privées : elle ne couvre que les maladies postérieures à l'immatriculation.

3° Le problème du treizième règlement.

Termes imprécis, avons-nous vu, permettant des accomodations. Il n'en est point toujours ainsi : nous voulons parler de l'article 26 de l'ordonnance du 10 octobre '945 :

« *L'indemnitée journalière prévue à l'article* 22 *est accordée à partir du quatrième jour qui suit le point de départ de l'incapacité de travail et au maximum pendant six mois.* »

Il en sera de même pour toutes prestations ou indemnisations qui ne sauraient aller au-delà de six mois de maladie. La loi est formelle. Pourquoi ce délai ? On peut alors se demander comment il est possible de soigner une affection dont la durée excédera six mois sans présenter pour cela une gravité quelconque. Pour ne pas tomber en forclusion, *il faut* aller en longue maladie. Souvent, des malades qui n'avaient rien demandé s'étonnent d'une telle procédure. C'est la loi du tout ou du rien. Il n'y a aucune solution prévue pour les cas limites.

4° Le problème du contrôle médical.

Enfin, un autre point mériterait d'être éclairci : c'est le rôle du médecin-conseil. La loi a prévu d'abord un examen systématique au troisième mois de maladie. Cet examen avait été prévu par l'article 33 de l'ordonnance, le

R.A.P. du 29 décembre 1945 la rend obligatoire (art. 37).

« *... Si aucune demande n'a été faite par l'assuré, la Caisse de Sécurité Sociale doit, avant la fin du troisième mois de maladie, inviter le médecin-conseil à prendre des dispositions en vue de faire procéder à cet examen.* »

La procédure de longue maladie doit être instruite automatiquement, sans attendre que l'assuré le demande, pour toute maladie se prolongeant au-delà de trois mois. En est-il ainsi en réalité ?

On objectera que cela nécessiterait une refonte complète du contrôle médical qui a déjà beaucoup de peine à surveiller les dossiers et les arrêter au treizième règlement, c'est-à-dire aux six mois.

Enfin l'article 33 de l'ordonnance a prévu un examen spécial, pratiqué conjointement par le médecin-conseil des Assurances et le médecin traitant « *en vue de déterminer le traitement spécial dont l'intéressé fera l'objet* ».

En cas de désaccord, on aura recours à l'avis d'un expert. Mais en fait, nous savons que cet examen n'est jamais fait dans de telles conditions. Un questionnaire auquel le médecin-traitant a répondu rapidement le représente. Dans de telles conditions, on peut se demander dans quelle mesure le médecin-conseil est habilité à déterminer le traitement ?

Ce colloque médical n'est pas réalisable. Et comment le médecin-conseil pourra-t-il donner un avis sur un malade qu'il ne connaît qu'à travers les prescriptions d'un confrère ?

Au terme de cet examen on peut se demander ce qu'il demeure en fait des dispositions prévues par le législateur.

En résumé, l'Assurance Longue Maladie a perdu actuellement son objectif initial, à savoir, couvrir exclusivement les maladies graves. Elle se présente comme le prolongement quasi-systématique de l'Assurance Maladie. De plus, le contrôle médical ne s'exerçant plus dans les conditions prévues par les textes législatifs, a perdu de son efficacité.

III. - Solutions proposées.

Malgré les vices fondamentaux mis en évidence par la pratique, l'Assurance Longue Maladie présente-t-elle des possibilités d'adaptation ? Telle est la conclusion que nous nous efforcerons de donner à cette analyse.

Tous les griefs que nous avons formulés contre la Longue Maladie trouvent, à notre sens, leur origine dans le fait qu'après *le treizième règlement* il n'est plus de solution possible autre que la forclusion ou l'attribution de l'Assurance Longue Maladie, ou, dans certains cas, du régime invalidité pour les assurés seuls.

La gravité d'une maladie, nous le savons bien, ne se mesure pas à la durée de celle-ci. Le délai de six mois imparti par le législateur reste trop court ou trop long. Certains états morbides, troubles, dyspeptiques simples, troubles neuro-végétatifs, rhino-pharyngite, bronchite, ménopause. peuvent se prolonger au delà de six mois sans faire encourir pour cela aux sujets atteints de graves dommages pour leur santé.

La suppression pure et simple des prestations équivaut à une *abdication* de la Sécurité Sociale. Pourquoi ne plus assurer les soins sous prétexte qu'ils durent trop longtemps ? Il est permis de penser que si l'on veut réprimer les abus en matière de soins, il n'est pour cela de meilleure manière de le faire qu'en renforçant le contrôle médical avec possibilité de sanctions de la part des Caisses si les maladies se prolongeaient anormalement.

L'augmentation du ticket modérateur au bout de six mois de maladie est un moyen qui nous paraît efficace. Il ne s'agit pas d'une mesure qui mettrait en cause le principe de la Sécurité Sociale, mais bien au contraire d'une réforme qui permettrait de soigner les vieux travailleurs, par exemple, souvent atteint par la forclusion, et qui ne peuvent bénéficier de l'Assurance Longue Maladie. De même pour certains états morbides nécessitant des soins

prolongés : cardiopathie compensée par exemple, diabète équilibré par l'insuline.

Ensuite, nous avons noté que l'examen médical du troisième mois n'est pas pratiqué. Pourquoi donc le maintenir ? Par contre, pour certaines affections graves, il serait nécessaire d'AVERTIR le praticien de provoquer systématiquement et sans attendre les six mois, des examens spéciaux pour l'attribution de la Longue Maladie.

Seuls bénéficieraient alors les sujets, gravement atteints, mais la loi jouerait pleinement son rôle de « *récupératrice* » de la main-d'œuvre.

Enfin, un autre point paraît devoir attirer notre attention : la collaboration des Médecins de la Sécurité Sociale et des médecins praticiens. On aurait pu croire que l'identité de formation aurait engendré une manière commune de concevoir les problèmes soulevés par la Sécurité Sociale. Néanmoins, une optique différente semble guider les médecins, ce qui ne facilite pas le fonctionnement de la Sécurité Sociale.

Le droit de regard qu'a le médecin de la Sécurité Sociale sur le traitement prévu à l'article 33 heurte souvent le praticien qui le connaît, et plus encore celui qui l'ignore ! Se peut-il, disent-ils, qu'un médecin ignorant tout du malade ait la prétention de le traiter ! La réalité n'est pas aussi simple qu'il le paraît. En effet, que l'on considère les frais engendrés pour le traitement d'une maladie grave. Il est normal que la Caisse contrôle l'usage que l'on fait de ses deniers. Le représentant technique le plus habilité pour exercer ce contrôle reste le Médecin-Conseil. Il ne lui est pas alors interdit, s'il le juge utile, de donner telle ou telle directive afin de modifier le sens de la thérapeutique, sans pour cela qu'il intervienne dans le diagnostic de l'affection envisagée.

Dans le domaine pratique, nous pensons que le seul moyen de réaliser cette unité d'action Médecin S.S. et Médecin praticien est d'éduquer, d'une part, par l'intermé-

diaire des journaux professionnels, et, d'autre part, par le canal de leurs syndicats, les Médecins praticiens. A cet effet, la Sécurité Sociale pourrait entreprendre de financer en partie de telles publications. Cette « *publicité* » porterait certainement rapidement ses fruits.

D'autre part, il nous apparaît utile que les Syndicats professionnels admettent en leur sein des Médecins-Conseils des Caisses correspondant à la circonscription. Ce colloque dont parle le Ministre se réaliserait alors spontanément, et des contacts personnels fertiles s'établiraient.

CONCLUSIONS

1° L'Assurance de la Longue Maladie se présente comme un instrument très efficace dans la lutte contre les maladies susceptibles d'avoir des conséquences graves pour l'assuré.

2° Notons cependant l'usage excessif que l'on en fait, en particulier pour les affections dont la gravité n'est pas suffisante.

3° Cela trouve essentiellement son origine dans le fait qu'il y a forclusion lorsque la maladie se prolonge au-delà de six mois, et qu'elle ne relève ni de l'Assurance Invalidité, ni de l'Assurance Longue Maladie.

4° En conséquence, nous proposons un système intermédiaire qui aurait l'avantage de ne pas supprimer totalement les prestations sans fausser, pour cela, les rouages de l'Assurance Longue Maladie.

On pourrait, au-delà de six mois de maladie, pour les malades ne pouvant prétendre ni au bénéfice de l'Assurance Invalidité, ni au bénéfice de l'Assurance Longue Maladie, supprimer la forclusion et la remplacer par la continuation du service des prestations, mais non un ticket modérateur plus élevé.

L'Assurance Longue Maladie serait alors strictement réservée aux seuls sujets qui relèvent véritablement de cette législation.

SERMENT

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaires ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Bordeaux, le 26 Juin 1952
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
R. SIGALAS

Vu, bon à imprimer :
Le Président du Jury,
DERVILLÉE

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 30 Juin 1952
Le Recteur,
E. DELAGE